



Universidad del Valle de México

Campus Coyoacán

Licenciatura en Medicina

Ciclo 1 -2025.

Asignatura: Medicina Interna

Docente: Gómez Archive Zeniff

Alumnos:

Casarrubias Balderas Héctor Alejandro

Gómez Benítez Brian Joshua

Luna Reyes Danna Evelin

Mondragón Ibarra Anayeli

Santillán Juárez Carlos Eduardo

Valdovinos García Kenneth

Fecha de entrega: 06 de Marzo de 2025.

Caso Clínico: Absceso Perianal

1. **Diagnóstico diferencial y justificación**

El diagnóstico presuntivo del caso clínico es absceso perianal, esto lo podemos respaldar por la exploración física, ya que el paciente tiene una masa eritematosa, dolorosa y fluctuante, y por la clínica que lo acompaña; fiebre, dolor continuo, y el ten la sensación de masa. Asimismo, por los laboratorios, ya que estos muestran leucocitosis y elevación de la proteína C reactiva, los cuales no sugieren que hay proceso infeccioso. Además, la confirmación por ultrasonido muestra una colección líquida que respalda el diagnóstico.

El absceso perianal debe diferenciarse de otras patologías que pueden presentar síntomas similares en la región anorrectal. Entre los posibles diagnósticos diferenciales tenemos:

- Hemorroide externa trombosada: Este podría ser un posible diagnóstico diferencial ya que normalmente presentan con dolor agudo y masa perianal, pero generalmente sin fiebre ni signos inflamatorios sistémicos.
- Fístulas anal: Estas dolor intenso, especialmente al evacuar, y puede complicarse con infección, aunque la presencia de una masa fluctuante es inusual.
- Enfermedad de Crohn: Está enfermedad suele generar lesiones inflamatorias con formación de abscesos, para esto sería útil preguntar otros síntomas y realizar otros estudios para descartar que sea el causante del absceso.
- Quiste pilonidal infectado: Este diferente ya que suele localizarse en la región sacrococcígea, en lugar de la zona perianal, y está relacionado con la presencia de vello encarnado.

2. **Fisiopatología del absceso perianal**

El absceso perianal se produce por la infección de las glándulas anales, que pueden obstruirse y dar lugar a una acumulación purulenta en el tejido subcutáneo. Los organismos aeróbicos y anaeróbicos son responsables de estos abscesos, incluidos Bacteroides fragilis, Peptostreptococcus, Prevotella, Fusobacterium, Porphyromonas, especies de Clostridium , Staphylococcus aureus, Streptococcus y Escherichia coli (Sigmon et al., 2023).

Factores que predisponen a desarrollar un absceso perianal:

- Hábitos higiénicos dietéticos y vida sedentaria.
- Los abscesos anales pueden originarse por enfermedad de Crohn, secundarios a trauma anal.
- Pacientes con virus de inmunodeficiencia, enfermedades de trasmisión sexual, radioterapia secundaria a cáncer o por cuerpos extraños (Secretaría de Salud. (2013).

- Otras causas de abscesos anales se relacionan con enfermedad inflamatoria intestinal inespecífica, y con menos frecuencia neoplasias en pelvis y con la enfermedad diverticular complicada (Secretaría de Salud, 2013).

3. **Manejo clínico del absceso perianal**

Tratamiento inicial: Como se trata de un absceso ya formado, este no responderá solamente a antibióticos, por lo cual es necesario drenarlo, esto se realiza bajo anestesia local como lidocaína y se le realiza haciendo una incisión lineal y marsupializando el absceso en el punto de máxima fluctuación (Garden et al., 2014). Es importante que posterior al drenado se empaquete holgadamente la cavidad del absceso con tiras de gasa para evitar el cierre prematuro de los bordes de la piel (Burgess B.E., 2018). Posterior a la cirugía se recomienda realizar baños de asiento para mantener la herida limpia y evitar complicaciones.

Antibióticos: Normalmente solo se administran antibióticos en pacientes inmunodeprimidos, sin embargo, como el paciente presenta fiebre y leucocitosis, se administran antibióticos por 7 días, ya sea metronidazol 500 mg VO cada 8 horas o ciprofloxacino 500 mg VO cada 12 horas (Garden et al., 2014).

Control del dolor: Para el dolor se le puede prescribir ibuprofeno 400 mg VO cada 8 horas.

Manejo de complicaciones

Fistulas: Dado que el 60% de los casos desarrolla una fistula, es recomendable que esta se maneje mediante una fistulotomía, que implica la resección de la pared anterior del trayecto fístuloso, permitiendo que la pared posterior del mismo mantenga unido el tejido muscular del complejo esfinteriano. Otra alternativa que se utiliza es la fistulectomía que consiste en la resección completa del trayecto fístuloso.

Prevención de recurrencias: Es importante que el paciente mantenga una buena higiene perianal y es necesario hacer un seguimiento hasta que se haya curado por completo, lo que puede llevar hasta 8 semanas. Si hay un absceso recurrente, se necesita una evaluación adicional para detectar una posible enfermedad de Crohn, VIH, neoplasia u otra etiología subyacente.

4. **Plan de seguimiento**

Evaluación postquirúrgica: Se recomienda una revisión inicial entre 48-72 horas después del drenaje para verificar la evolución de la herida y detectar signos de infección persistente. Posteriormente, el seguimiento debe ser semanal hasta la cicatrización completa.

Monitoreo de complicaciones: El seguimiento debe incluir la evaluación de posibles complicaciones, como la formación de una fístula anal, esto mediante la identificación de

supuracion, también es importante monitorizar signos como fiebre persistente, escalofríos o aumento del dolor deben alertar sobre una posible sepsis.

5. **Reflexión ética y social**

Adherencia al tratamiento: Es importante explicarle al paciente que debe permitir el drenaje del abceso y explicarle las consecuencias de no hacerlo, así como explicarle la importancia de que cumpla con el tratamiento antibiótico para evitar complicaciones.

Estigmatización social: Creemos importante decirlea los al paciente que no es algo por lo cual avergonzarse, y explicarle que contrario a lo que se cree los abscesos no son necesariamente causados por una mala higiene perianal, sino que puede ser secundarios a enfermedades.

Accesibilidad al seguimiento: Es necesario explicarle al paciente que debe continuar con el seguimiento, ya que es algo que nos podría evitar complicaciones o recurrencias, asimismo debemos decirles que pueden acudir al servicio en cualquier momento que noten un signo de alarma y podemos también facilitarles el que nos digan los días que puedan acudir a consulta.

Referencias

Sigmon, D. F., Emmanuel, B., & Tuma, F. (2023, 12 junio). Perianal abscess. StatPearls - NCBI Bookshelf. https://www-ncbi-nlm-nih-gov.translate.goog/books/NBK459167/?_x_tr_sl=en&_x_tr_tl=es&_x_tr_hl=es&_x_tr_pto=tc

Garden, J. O., Bradbury, A. W., Forsythe, J. L. R., & Parks, R. W. (2014). Región anorrectal. En Davidson. Principios y práctica de cirugía (6.ª ed., pp. 263-277). ELSEVIER. https://www.clinicalkey.com/student/content/book/3-s2.0-B9788490224786000176#section-hl0000579

Burgess B.E. (2018). Trastornos anorrectales. Tintinalli J.E., & Stapczynski J, & Ma O, & Yealy D.M., & Meckler G.D., & Cline D.M.(Eds.), Tintinalli. Medicina de urgencias, 8e. McGraw-Hill Education. https://accessmedicina.mhmedical.com/content.aspx?bookid=2329&sectionid=188085144

Secretaría de Salud. (2013). Diagnóstico y tratamiento del absceso anal en pacientes pediátricos y adultos en los tres niveles de atención. https://www.cenetec-difusion.com/CMGPC/ISSSTE-663-13/ER.pdf